

CÁMARA DE REPRESENTANTES
XLVIIa. Legislatura

DIVISIÓN PROCESADORA DE DOCUMENTOS

Nº 1063 de 2012

S/C

Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social

ODONTÓLOGOS E HIGIENISTAS DEL PROGRAMA ESCOLAR DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

RED DE ACCIÓN EN PLAGUICIDAS Y SUS ALTERNATIVAS PARA AMÉRICA LATINA (RAPAL)

TRABAJADORES DE LA EMPRESA YAZAKI (UNTMRA)

ASOCIACIÓN DE GLAUCÓMACOS DEL URUGUAY

Delegaciones

Versión taquigráfica de la reunión realizada
el día 22 de mayo de 2012

(Sin corregir)

Preside: Señor Representante Daniel Radío.

Miembros: Señores Representantes Daniel Bianchi, Antonio Chiesa Bruno, Álvaro Vega Llanes y Jorge Zás Fernández.

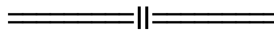
Delegado de Sector: Señor Representante Javier García.

Concurren: Por el colectivo de odontólogos e higienistas, doctores Marcelo Candau, Ana Nappa, Franco Repetto y Georges Maiki.

Por RAPAL, señoras María Isabel Cárcamo y Valkiria González.

Por UNTMRA de trabajadores empresa YAZAKI, señores Walter Santos, Sebastián Martínez, Gastón Alfonsín y Rodrigo Tadei.

Por Asociación de Glaucómacos, señores William Umpiérrez y Alfonso Soler y señora Cecilia Poloni.



SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión da la bienvenida a la doctora Ana Nappa y a los doctores Marcelo Candau, Franco Repetto y Georges Maiki, del colectivo de odontólogos e higienistas del programa escolar de educación para la salud bucal.

SEÑORA NAPPA.- Solicitamos una entrevista a esta Comisión para informarles acerca de nuestras actividades en el marco de las gestiones que estamos realizando como trabajadores del programa. Se trata de un programa sobre el que no se sabe mucho, no se conoce qué tipo de actividades realizamos ni a qué población llegamos. Estamos tratando de concientizar a todos sobre ello. Si bien políticamente hay muestras de que existen ganas de que el programa continúe, administrativamente hemos tenido serias dificultades para desempeñar nuestra labor. El año pasado debimos comenzar en marzo y recién pudimos comenzar en mes de octubre. El 30 de junio de este año culminan nuestros contratos y todavía no hemos obtenido una respuesta administrativa al respecto. Si bien se ha expresado voluntad política, administrativamente los tiempos son otros y la situación se complica.

SEÑOR CANDAU.- Agradecemos la gentileza de recibirnos. Para nosotros es un honor poder transmitir la tarea que hace casi siete años estamos realizando.

Nuestro programa comenzó en el año 2005 a través de una iniciativa de la Primera Dama de ese entonces, señora María Auxiliadora Delgado, quien propuso atacar el problema de la salud bucal de los escolares. Se sabía que el 54% de los niños entre 6 y 12 años estaba bajo la línea de pobreza. Esa situación tenía una relación directa con su salud bucal y general. Entonces, se creó la Comisión Honoraria de Salud Bucal, que tenía tres grandes objetivos. Si desean puedo dejarles la presentación que tenemos para no demorar, ya que tenemos poco tiempo.

La intención básica era preservar la salud y atacar en el componente educativo, preventivo y asistencial de esos niños que hoy estamos cubriendo.

¿Por qué se decidió trabajar en las escuelas? Por la alta escolarización que tenemos en el país y porque la presencia en el ámbito escolar les hace sentir confianza de ser asistidos en ese lugar. No necesitamos que alguien los lleve. Somos referentes de salud y llevamos a cabo una cantidad de actividades a nivel de salud general. Nos interrelacionamos con el personal, generando un muy buen ámbito. A través de ellos también llegamos a las familias y a su entorno.

En 2005, a través de un plan piloto, para ver si llegábamos a un buen fin, cubrimos cincuenta y seis escuelas; teníamos cuarenta y seis profesionales y una cobertura para treinta mil niños. Entre los años 2005 y 2008 el programa se hizo más fuerte. Se realizó un segundo concurso. Todos comenzamos a trabajar en este proyecto por concurso de oposición y méritos. Llegamos a trescientas sesenta y cinco escuelas, ciento setenta urbanas y ciento veintiuna rurales. Fueron elegidos ciento cuarenta y un profesionales y alcanzamos una cobertura de ciento setenta mil niños. La elección de las escuelas fue realizada por Primaria con la intención de alcanzar las escuelas de contexto crítico y de menores recursos.

En 2010 se evolucionó de forma importante, sobre todo en el ámbito rural. Se llegó a trescientas sesenta y siete, lo que significa casi el 40% de las escuelas rurales del país. Hoy estamos trabajando ciento treinta y dos profesionales y damos cobertura de casi setenta mil niños.

En cuanto a los higienistas y odontólogos, en la proyección que se está realizando se puede apreciar el aumento importante en las escuelas rurales, lo que fue un objetivo prioritario.

En lo que tiene que ver con las escuelas urbanas -entendiéndose por urbanas aquellas que están localizadas en una ciudad del departamento, pero dentro de un contexto dificultoso o crítico-, empezamos con 1.700 y en el año 2009 -no tenemos otros relevamientos, en virtud de que en 2011 fue cortado el programa- llegamos a 140.000 prestaciones.

La metodología de acción es un componente básico de promoción en educación, fundamental, que desarrollamos en distintas formas, ya sea a través de videos, de tareas educativas, de enseñanza en higiene, de autocuidado, etcétera. Creamos espacios de salud dentro de las escuelas, para las cuales hubo un rubro generado dentro del programa para reestablecer el edificio: lugares en los que no se podía trabajar, porque no había espacios limpios. Allí se transformaron espacios ociosos, se construyeron piletones y se hicieron consultorios, en lugares que antes no tenían ventanas, a través de un convenio con Primaria.

Asimismo, se llevaron a cabo tareas de saneamiento, abastecimiento de agua e instalaciones eléctricas. En este período, se gastaron en total US$ 518.300.

En la fotografía que se está exhibiendo se puede apreciar un componente de nuestra atención. Se trabaja en mesas de la propia escuela. También se puede ver una valijita, que es el elemento que, acompañado con un compresor, es utilizado en odontología sumamente sencilla, con muy buenos resultados.

No tenemos fotos para mostrar cómo eran estos sitios antes, pero el lugar que se está apreciando en la fotografía era un cuarto ciego, el depósito de papelería de la escuela, que se logró acondicionar, se instalaron los piletones, etcétera.

La idea es incrementar el trabajo clínico, empezando con los primeros y sextos años, para llegar a "cero caries", con buenas condiciones desde el punto de vista educativo y preventivo, y luego atender primero, segundo y sexto años para que, en el período de seis años esté cubierta la totalidad de la escuela.

Todos los niños tienen autorización de los padres o de los tutores, así como historia clínica. Las urgencias se realizan a la totalidad del colectivo y todas las actuaciones clínicas asistenciales que tenemos están registradas.

La atención clínica se efectúa en lugares en los que no se necesita demasiado espacio ni tecnología. Como se ve en la foto, se adapta una mesa de la propia escuela y se utilizan equipos portátiles.

Además de tener su componente preventivo- asistencial, que es fundamental, esta odontología realiza la atención clínica de niños que no tienen cobertura, a veces porque los servicios del Estado no se la brinda pero también porque no tienen cultura para acudir a atenderse o por un problema territorial de cercanía.

Cabe agregar que los propios niños trabajan con nosotros de distinta manera, a través de actividades de promoción para otras escuelas, a nivel de redes en su escuela o en otros centros educativos. Son promotores de salud y generan vectores hacia la familia.

Asimismo, logramos transformar la merienda en saludable. A partir de este año, Primaria ha puesto un énfasis muy importante en la merienda, en la medida en que lo que los niños comían era nefasto para la salud en general. Hemos logrado transformar esto.

Somos un buen vector en este sentido, y también -a través del diálogo con otros colegas de la salud- en lo que tiene que ver con pacientes con otras enfermedades como hipertensión arterial, diabetes infantil u obesidad. Ellos mismos generan su autocuidado y su promoción, con imaginación y a través de la participación en actividades realmente importantes.

Por otra parte, hemos salido a la comunidad con un programa que incluyó los 2.800 centros educativos en todo el país, con un material educativo con cartas para los maestros, así como a los centros preescolares, que comprenden a unos ciento setenta y dos mil niños, distribuidos en tres mil centros del país que dependen del Ministerio de Educación y Cultura, de los CAIF, de las Intendencias y del INAU. En este sentido, se creó un personaje, "Pillo El Cepillo", que desarrolla una pintoresca acción, con una canción que hizo Rada que motiva mucho a los niños. De esta manera, acceden a la escuela con un importante contacto con la salud bucal.

El programa rural lo consideramos aparte porque, teniendo en cuenta las experiencias que tuvieron lugar en estos tres años, nos planteamos el desafío de llegar a los lugares más chicos y más lejanos del país. De esta manera combatimos la exclusión que implica la distancia. En este sentido, llegamos a 367 escuelas rurales con un material -que se puede ver en la foto- que consiste en una sillita que parece de playa y un equipo portátil cuando es trabajo externo o, si no, con varias camionetas chicas y un ómnibus grande, donado por CUTCSA, que tiene dos equipos. Esos son los equipos portátiles de los que hablé. De esta forma accedemos a escuelas que no tienen luz ni agua potable porque, como decimos, "no importa la distancia, si el destino es una sonrisa".

El doctor García participó de la conferencia de prensa que nosotros dimos, que fue un poco más detallada, pero por lo menos nos parecía ilustrativo dar este pantallazo para contarles lo que hacemos.

SEÑOR MAIKI.- Agradecemos nuevamente la atención de esta Comisión. La doctora Nappa ya hizo alusión a los problemas que tuvimos el año pasado, en particular a la suspensión de este programa de atención por casi ocho meses.

Es bueno señalar que por el artículo 101 de la Ley de Presupuestos se habilitó la transferencia al Ministerio de Salud Pública de la misma cantidad -ajustada anualmente por el IPC- de dinero que había para el programa, cuando estaba en la órbita de la Presidencia de la República, para su ejecución en estos cinco años en el marco del Ministerio de Salud Pública. También es bueno señalar que hasta ahora nuestra contratación la sigue efectuando el Consejo Nacional de Educación Primaria y el CODICEN. Esa contratación venció en el año 2009, pero fue renovada en el año 2010. Ya esa renovación generó cierto problema, porque no estaba prevista. En este momento, dada la dificultad que ha tenido el Ministerio de Salud Pública para poder instrumentar un anclaje administrativo y real del programa, se plantea definir la contratación de los recursos humanos por parte del Ministerio. Se plantea una nueva extensión de la licitación, que ya tiene un vencimiento. Hace un tiempo se había hecho un acuerdo con Primaria, pero a partir del 7 de julio -día en que vencería la contratación- si no se alcanzan soluciones, quedaríamos nuevamente en suspenso. Esta es una de las inquietudes por las cuales venimos.

Decía que estaba prevista la posibilidad de hacer un año más. En ese lapso, se podría dar la posibilidad de que el Ministerio de Salud Pública iniciara el proceso, del cual ya ha dado un primer paso a través de una comunicación con el Tribunal de Cuentas, en un oficio que se envió hace poco. En ese lapso perfectamente se podría hacer este concurso.

El año pasado, como dijo la doctora Nappa, hubo siete meses en los cuales no se ejecutó el programa. En ese lapso se generó un bolsón de dinero que está siendo gastado desde octubre. En esa ocasión se nos contrató por tres meses. Esos fueron los tres meses en los cuales pudimos trabajar. Según las autoridades, para tratar de alguna manera de compensar lo que no habíamos hecho, y no pudiendo variar el valor hora de lo que nosotros percibíamos, se decidió aumentar la cantidad de horas y, por lo tanto, la asignación que recibíamos. Firmamos un primer contrato por los meses de octubre, noviembre y diciembre. Este año firmamos otro que va de febrero a junio, que se está ejecutando. Repito: esto implicó un aumento de la cantidad de horas y, por lo tanto, un aumento de nuestra retribución pero, al mismo tiempo, significa que el colchón de dinero que había quedado sin ejecutar el año pasado, de alguna manera se va gastando. Nosotros tenemos prevista la posibilidad de estirar un año más, hasta el mes de julio de 2013. Para ese estiramiento se necesitaría -a menos que nuevamente retrocedamos en lo que tiene que ver con nuestras retribuciones- un refuerzo presupuestal. Pero, además, hay que tener en cuenta que si se hace una contratación por parte del Ministerio de Salud Pública, de acuerdo al propio pliego que se nos ha presentado -que estamos estudiando en una Comisión con gente del Ministerio de Salud Pública-, tendría que ser una contratación por doce meses, con pago de ese tiempo y no como es actualmente, que se nos pagan diez de los doce meses del año. Enero y febrero no se paga porque no hay actividad en las escuelas. Nosotros pasaríamos a cobrar doce meses. Enero y febrero se cubrirían con actividades de capacitación y con otras en el verano educativo a nivel de la escuela, pero cambiaría la forma de contratación. Pasaríamos a tener un contrato diferente, por parte del Ministerio de Salud Pública. Eso a su vez implica -como se darán cuenta los señores Diputados- un incremento de un 20%. A eso hay que agregar también la variación del valor hora. Aunque reduzcamos la cantidad de horas y hagamos lo que tenemos que hacer, veinte o treinta horas, que es lo que normalmente se hace en el Ministerio de Salud Pública, al ajustar lo que ganábamos con el contrato de Primaria a la nueva realidad de un contrato con el Ministerio de Salud Pública hay una diferencia que también tendría que ser cubierta por un incremento presupuestal en la Rendición de Cuentas. En la reunión anterior, en la Comisión de la Cámara de Senadores dijimos que habíamos hecho una estimación muy gruesa, porque lamentablemente no contábamos con las cifras de proyección con las que el Ministerio de Salud Pública está trabajando en este momento. No las hemos podido conseguir, aunque sí tuvimos acceso a datos que vamos a leerles, que tienen que ver con el gasto efectuado por el Ministerio de Salud Pública con relación a este programa, concretamente ejecutado por Primaria, al 31 de diciembre del año pasado. Nosotros decíamos que estamos estimando en un 50% el incremento presupuestal. Voy a leer las cifras al 31 de enero de 2012, que establecen un saldo inicial de $ 24:149.988. Los gastos comprometidos son de $ 21:131.391, y tienen que ver con la contratación directa de odontólogos e higienistas. De esos $ 24:149.988, $ 21:131.391 estaban comprometidos para la contratación, durante el período pasado -al 31 de diciembre- de los odontólogos y los higienistas. Para material odontológico e instrumental, estaban comprometidos $ 2:682.343. Para el contrato de mantenimiento de equipos odontológicos -porque se rompen y hay que repararlos, más allá de que tenemos algunos de reserva- estaban comprometidos $ 100.000. Para combustible y complemento de viáticos, había $ 76.154. Los gastos de combustible tienen que ver con el traslado de los móviles. Se rigen por un convenio con ANCAP. El reintegro de boletos mensuales estaba en el orden de $ 169.000. Este rubro tiene que ver con el reintegro del gasto de pasaje que se paga a los odontólogos que van a ejercer al interior. Este era el total de gastos que se comprometieron para el año 2010.

A continuación les leeré lo que se ejecutó realmente en al año 2010, porque hay que tener en cuenta que en dicho año hubo siete meses en los que no se realizó actividad. Para la contratación directa de odontólogos e higienistas, se ejecutaron $2:633.048.

Recuérdese que estaban comprometidos $ 21:000.000 y se ejecutaron $ 2:633.000. El reintegro de boletos fue de $ 5.232 y la adquisición de vasos, anestesia y crema dental, de $ 131.209. El total de gastos ejecutados fue de $ 9:108.152. De esa diferencia surge ese colchón que, de alguna manera, se fue gastando entre octubre y diciembre y entre febrero y julio, mes en que cesaría esta contratación con Primaria, a menos que se renueve.

Estas cifras nos muestran el panorama a fines del año pasado. En base a esos $ 24:000.000 que, según la inflación, tendrían que ajustarse al 31 de diciembre de este año estaríamos planteando la necesidad de un 50% más. Reitero, no tenemos las cifras del Ministerio de Salud Pública. Sabemos que está trabajando y suponemos que en la Rendición de Cuentas vendrá un pedido de mayores ingresos. Lamentablemente en este momento no podemos hacer una armonización del planteo; simplemente expresamos la necesidad de que se voten recursos adicionales para que el Programa se sostenga.

SEÑORA NAPPA.- Como trabajadores, nosotros no tenemos mucho manejo de las cifras y de los datos presupuestales.

Cuando comenzamos nuestra labor en 2007, en la licitación inicial de Primaria teníamos comprometidas veinte horas de labor semanal en las escuelas por $ 7.000. El trabajo odontológico valía eso, en contra de lo que establecía el gremio. Esto llevó a que el gremio estuviera en contra de nosotros y que tuviéramos que incluir una cláusula de trabajo solidario. Ahora, en el supuesto pasaje al Ministerio, en la supuesta regularización, uno de los factores a tener en cuenta es que el salario de odontólogo tiene un mínimo a nivel nacional por convenio establecido. No queremos seguir arrastrando esta situación en contra del gremio. Por eso se dice que necesitamos un refuerzo presupuestal para lograr la equiparación. En ASSE, por veinte horas semanales, un odontólogo cobra $ 24.000 y nosotros, por la misma cantidad de horas semanales, percibimos aproximadamente $ 9.000.

SEÑOR CANDAU.- Soy odontólogo dedicado a la odontopediatría. En el año 2005, cuando se puso en el tapete la salud bucal de los niños en las escuelas, con esta propuesta totalmente renovadora -nada única en el mundo porque hay experiencias de este tipo en otros países-, dijimos: "Vamos a tratar de meternos en esta propuesta, en función de que la odontología se va a poner sobre la mesa y va a actuar donde realmente se necesita, es decir, con los niños, promoviendo la salud desde pequeños, utilizándolos como vectores de salud hasta que se conviertan en niños sanos". Los niños con los que trabajamos son el futuro del país, y la boca, en cuanto a salud se refiere, no está aparte del cuerpo; somos todo uno.

Decía que era una propuesta realmente interesante; nos convencimos de que era muy buena. La tarea que se nos encargó fue como un alud: empezó a crecer y nos dimos cuenta de que realmente esto era algo importante.

En cuanto a lo económico, siempre tuvimos la idea de que esto se iba a estabilizar, que se promovería un nuevo concurso y se equipararían los salarios. Antes de que el Gobierno de Tabaré Vázquez culminara, a través de una ley, se creó el Centro de Inclusión Tecnológica y Social. El Presidente Vázquez dejó tres tareas separadas orgánicamente: el Plan Ceibal, el Programa de Salud Bucal y el Programa Oftalmológico. Pasamos a depender del ingeniero Brechner en el LATU, a quien jamás vimos porque

nunca llegamos a estar allí. Cuando asumió el Presidente Mujica, se asumió un compromiso personal, a través de su Secretaría, de que este Programa era prioritario, de que se iba a continuar en las mismas condiciones y características, de que iba a ser apoyado y de que parecía oportuno trasladarlo al Ministerio de Salud Pública.

Fue así que nos pasaron al Ministerio de Salud Pública, en un traspaso bastante complicado ya que no trabajamos durante un año. La tarea administrativa que el Ministerio hizo para arrancar con el Programa fue notoriamente ineficiente. Quedaron los niños sin atender y los profesionales supuestamente comprometiendo horas a través del entonces Ministro Olesker, quien el día 4 de marzo de ese año en una reunión con los delegados, nos dijo: "Muchachos, no se preocupen, este año vamos a empezar, y si empezamos tarde les vamos a pagar igual". El Ministro no cumplió con su promesa y se fue.

Cuando volvimos con las autoridades fuimos absolutamente ignorados. Recorrimos el Ministerio durante un año y medio y nunca se nos atendió. Entonces, empezamos a escuchar a la gente que sabe de política, que nos decía que había que hacer ruido, algo a lo que no estamos acostumbrados ni con lo que estamos de acuerdo. La masa de profesionales nos decía que era bueno y nos incitaba a hacerlo, mientras nosotros creíamos que era inoportuno. Luego de mentirnos durante mucho tiempo, logramos hacer un poco de ruido en una conferencia de prensa. Ahí se nos llamó y se nos dijo: "Muchachos, está todo arreglado". Hay un cambio aparente de determinados sectores del departamento de Programación y Estrategia del Ministerio de Salud Pública con el que estamos trabajando, pero estimamos que, como los tiempos son críticos en la Administración Pública, tendremos trabajo hasta el 30 de junio y después ya no.

Estamos bregando por un programa que creemos excelente y que da buenos resultados; tenemos una masa de más de ciento treinta profesionales que no entraron a dedo sino por concurso. Queremos que el Parlamento entienda que somos útiles y que estamos capacitados. El Programa fue utilizado políticamente en todo acto político partidario del Gobierno -gracias a Dios fue reconocido- y reconocido por la oposición. Creemos que se puede lograr un presupuesto digno para él.

Me atrevería a decir que será más de un 50% lo que se va a pedir. El tema es si existe voluntad política. Nosotros estamos a las órdenes para apoyar y continuar con esto. Cabe aclarar que quienes estamos acá sentados somos representantes electos por el colectivo de trabajadores. Mañana podrán ser otros, pero vamos a seguir luchando porque creemos que la odontología preventiva, con un carácter fundamental de equidad, llega a lugares donde ni el Gobierno, ni el Estado, ni lo privado ni lo público puede llegar. Damos soluciones a una cantidad de niños que las necesitan. Por eso apelaremos a las -Comisiones de Presupuestos de ambas Cámaras con los números un poco más aproximados que está haciendo el Ministerio -el trabajo es lento-, a efectos de ser un apoyo más en el pedido de mayores recursos.

SEÑOR GARCÍA.- En la Ley de Presupuestos el Parlamento votó la inclusión de este Programa en el Ministerio de Salud Pública. Eso debió empezar a regir a partir del 1º de enero de 2011. Quería preguntar -y ya fue respondido- qué pasó hasta el día de hoy que no se ejecutó esa disposición legal, que fue iniciativa del Poder Ejecutivo.

La segunda pregunta que quería formular es cómo llegan a esos $ 15:000.000 que son un crédito que no se ejecutó en el Ejercicio pasado, que se trasladó a este Ejercicio y que no fue volcado a Rentas Generales.

¿De dónde surge esa conclusión?

Lo tercero que quiero plantear es la concurrencia del señor Ministro de Salud Pública, porque estamos a un mes de que termine la posibilidad de continuarlo, con una ley que está aprobada desde hace un año y medio lo que, en definitiva, pone en riesgo al programa.

SEÑOR CANDAU.- Según informes económicos que tenemos de lo que se debió haber gastado en 2011 -como solamente se trabajó en tres meses-, en función de agregar cargos necesarios para restablecer un poco la no asistencia del año anterior, la plata daba hasta junio de 2012. El presupuesto que nosotros vamos a utilizar de aquí en adelante es el del 2011, que tampoco va a dar si seguimos con las mismas características.

SEÑORA NAPPA.- Esas partidas de dinero que quedaban en la órbita del Ministerio de Salud Pública tenían que verterse a Rentas Generales.

A fines del año pasado se hizo un traspaso de esos fondos a Primaria, que tiene una elasticidad administrativa mayor. Por tanto, los fondos del año anterior son los que se están ejecutando este año. El resto de los fondos es el colchón que se está utilizando ahora.

SEÑOR GARCÍA.- Pero eso no tiene un fundamento legal. Una institución pública no puede transferir rubros sin ley, de un Inciso a otro. Lo que me genera muchas dudas son estos números que están trabajando sobre un supuesto económico que no existe.

SEÑORA NAPPA.- Esa es toda la información que nosotros tenemos.

SEÑOR REPETTO.- En octubre del año pasado se nos aumentó la cantidad de horas semanales de veinte a cuarenta, a través de un contrato. Ese dinero que quedó del colchón se va gastando. Primaria siempre nos pagó a nosotros y el Ministerio le pasa siempre los rubros a Primaria. Nosotros cobramos en Inspección Departamental. Igual que sucedió antes hubo un aumento de horas para compensar las que se perdieron, a fin de que podamos estar más tiempo en las escuelas y recuperar el tiempo perdido. Eso hizo que se consumiera ese colchón de los meses de no trabajo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Lo que está claro es que nada está claro. Hay datos equivocados o se están haciendo las cosas mal.

Uno de los pilares fundamentales en la reforma del sistema de salud es el cambio en el modelo de atención, y no hay cambio.

Otro de los pilares pasa por hacer prevención y promoción en salud así como la educación en salud. Estamos de acuerdo con la importancia del programa, aunque en algunos momentos tuvimos dudas en cuanto a su solidez.

Por ejemplo, en el kilómetro 21 de Camino Maldonado, en Villa García, se había instalado un móvil odontológico que realmente parecía de utilería. Uno no estaba muy seguro de si eso efectivamente iba a funcionar. Daba la impresión de que era símbolo de lo que había detrás: repito, una cuestión de utilería. Lo que no puede ocurrir es que vayamos a los tropiezos, que cada seis meses tengamos que ver cómo vamos a funcionar los seis meses siguientes, sobre todo cuando en el Presupuesto se asumieron recursos para ello, los que deberían reforzarse en la próxima Rendición de Cuentas. Estas cuestiones son iniciativas privativas del Poder Ejecutivo; el Poder Legislativo no podrá hacer más que comunicarlas al Ministerio de Salud Pública, a Primaria y a la Comisión respectiva del Senado, a través de la versión taquigráfica de esta sesión.

Agradecemos la visita y quedamos a las órdenes.

(Se retiran de Sala los delegados del Colectivo de Odontólogos e Higienistas del Programa Escolar de Educación para la Salud Bucal)

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a proponer que la versión taquigráfica de esta sesión sea enviada al Ministerio de Salud Pública y al CODICEN.

SEÑOR CHIESA.- Agregaría, además, que se convoque al señor Ministro dado que, prácticamente, estamos al cierre del plazo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Se va a votar el trámite solicitado.

(Se vota)

—— Tres en cuatro: AFIRMATIVA.

(Ingresa a Sala una delegación de RAPAL)

—— Damos la bienvenida a integrantes de la Red de Acción en Plaguicidas y sus alternativas para América Latina, RAPAL, integrada por las señoras María Isabel Cárcamo y Valkiria González, a quienes cedemos el uso de la palabra.

SEÑORA CÁRCAMO.- Antes que nada quisiera agradecer la oportunidad que nos han dado de expresar nuestra preocupación con respecto a la contaminación del agua.

Voy a hacer una presentación con relación a por qué se pidió esta audiencia que está referida a la contaminación del agua con agrotóxicos y luego la señora González presentará su caso, dado que ella es de Paysandú.

Para hablar de la contaminación del agua por agrotóxicos, hay que comenzar haciendo referencia al modelo de agricultura que tenemos en este momento. Se trata de una agricultura industrial liderada por el cultivo de la soja transgénica, la que desde su introducción ha generado un crecimiento sustancial del uso de agrotóxicos. Muchas de esas sustancias están prohibidas o en vías de prohibición en otros lugares del mundo por ser altamente contaminantes y destructivas, tanto para la salud de la gente como para el medio ambiente y muy especialmente para la contaminación del agua.

Este modelo de producción avanza a pasos agigantados y esto no está acompasado por las necesidades que tenemos, por ejemplo, de cumplimiento de la reglamentación, que es muy difícil que se pueda cumplir, pero, además, hay una falta de capacidad técnica para poderla cumplir, en este caso, corresponde mencionar los análisis periódicos de residuos de agrotóxicos en agua potable.

En febrero de 2008, la Dirección General de Servicios Agrícolas del Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca resuelve establecer una reglamentación con relación a las fuentes de agua en la que habla de mayores restricciones en la aplicación de productos fitosanitarios cuando la misma se realice en cultivos próximos a corrientes naturales de agua o fuentes de agua superficiales. En este marco, prohíbe las fumigaciones aéreas a menos de treinta metros de las corrientes naturales o fuentes superficiales de agua y las aplicaciones terrestres a diez metros de la misma. La verdad, que a treinta metros y diez metros es bastante poco pero frente al vacío legal con relación a las fumigaciones aéreas y terrestres en cercanía a corrientes naturales de agua y fuentes superficiales de agua, esta resolución es un reconocimiento de que durante largo tiempo se ha venido fumigando sobre las fuentes de agua, situación que se ha visto agravada durante la pasada década a raíz del cultivo de la soja transgénica, que se caracteriza, como dije anteriormente, por fumigaciones de grandes cantidades de agrotóxicos.

Por otra parte, tenemos las UPA, Unidades Potabilizadoras de Agua. En todo el país hay noventa y ocho. La superficie de las UPA es abierta, o sea que el agua que está siendo potabilizada está al descubierto. Por lo tanto, cualquier fumigación aérea cae directamente sobre esa agua. No existe ninguna prohibición o normativa que diga que no se puede fumigar sobre ella.

A su vez, cabe señalar que tenemos una sustancia altamente contaminante que persiste en el agua; es un pesticida llamado atrazina. En los últimos años ha habido una preocupación de distintos actores que vienen siendo testigos -lo que se ha comprobado- de que esta sustancia ha estado presente en el agua. En 2010 se encontró residuos de esa sustancia en el Río Santa Lucía, agua que abastece a casi el 60% de la población del Uruguay dado que abastece a Montevideo y Canelones. Como decía anteriormente, esta sustancia persiste en el agua porque es muy difícil de eliminar y es altamente contaminante, incluso en dosis pequeñas.

Recientemente, el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca -ha estado trabajando para introducir dos nuevos eventos de soja transgénica, que serían tolerantes a otro herbicida que se llama glufosinato de amonio y la compañía Bayer lo describe como tóxico para peces y crustáceos y recomienda no contaminar con esta sustancia ríos, lagos o estanques con envases o empaques vacíos. En otras palabras, lo reconoce como una sustancia altamente tóxica para el agua. Sin embargo, se están por aprobar estos dos eventos de soja transgénica.

En Uruguay existe una normativa que es la Nº 833 de 2008. Esta norma elaborada por distintos agentes del Estado y publicada en el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas establece un conjunto de requisitos que debe cumplir el agua potable para consumo humano cualquiera sea su fuente de captación, tipo de tratamiento, producción y sistema de distribución. Allí se habla de sustancias válidas a analizar y controlar, dentro de las cuales se encuentran los agrotóxicos. Sin embargo, no queda claro si en el marco de esta normativa se están haciendo análisis de agrotóxicos y si se realizaran, con qué frecuencia y cuáles son los valores aplicados. Frente a esta situación con respecto a la contaminación del agua, una de las preocupaciones más grandes que vemos es que, por un lado, el modelo de producción sigue avanzando -les comentaba sobre estos dos eventos que se están aprobando de soja transgénica- y, por el otro, está produciendo impactos importantes como el caso que le venimos a hablar, que es el del agua. A su vez, hay otros impactos que también se han demostrado y que están relacionados, como el caso de la mortalidad de peces que se dio en distintos departamentos como, por ejemplo, Durazno, Florida, Río Negro y Paysandú. Y si los peces mueren, es porque el agua está contaminada.

SEÑORA GONZÁLEZ.- Soy oriunda del departamento de Flores, pero solo pasé mi primera infancia allí. Viví gran parte de mis años de estudiante en Montevideo y hace diecisiete años que estoy radicada en el departamento de Paysandú, en la zona Costas de San Francisco. Soy funcionaria judicial, del Juzgado Penal.

Hoy estoy aquí esencialmente por dos motivos fundamentales: para brindar testimonio de lo que está ocurriendo, específicamente, en la zona Costas de San Francisco -en parte, tengo una motivación personal y, además, me compete como habitante de la zona- y porque, como funcionaria pública, estoy obligada por el Código Penal a trasmitir, notificar y denunciar cualquier situación que entienda que pueda vulnerar derechos de la persona humana.

En ese contexto, Costas de San Francisco es una región de Paysandú comprendida por 865 hectáreas, delimitadas por el Arroyo San Francisco, al norte; el Río Uruguay, al

oeste; la zona de Bulevar Artigas y Ruta N° 3, al este, y la zona industrial de la planta de ANCAP, Avenida de las Américas y el puente Paysandú- Colón, hacia el sur. Es una zona suburbana, aproximadamente desde el año 1915, y está catalogada como zona residencial, de casas quinta, de pequeñas chacras y de emprendimientos agrícolas o agrícolas granjeros.

La característica de San Francisco consiste en que es un lugar absolutamente privilegiado en el que el Arroyo San Francisco forma un estuario junto con el Río Uruguay, y en la desembocadura hay un islote, la Isla San Francisco -lleva el mismo nombre-, en el que coexiste un bioma absolutamente privilegiado donde residen unas sesenta y cinco familias. Esa zona tiene carácter suburbana pero las calles tienen disposición urbana.

Desde 2007 o 2008 están ocurriendo eventos nuevos en la zona, que no son únicos en Paysandú. Estos eventos que voy a describir también se han dado en otras dos o tres zonas privilegiadas de Paysandú, concretamente en la zona próxima a la Reserva de Andrés Pérez -conocida como Arroyo Malo-, en la zona del Arroyo Queguay, en los ejidos y alrededores de Guichón y en Costas de San Francisco. Esta serie de eventos está relacionada con el uso de sustancias químicas y, concretamente, de agrotóxicos, sin ninguna habilitación previa, sin la realización de algún estudio de viabilidad y sin anuencia específica de Gobierno departamental alguno o de una institución vinculada con la salud. Simplemente, se establecieron allí porque los particulares que llevan eso adelante lo consideraron pertinente, es decir, por voluntad de algún empresario. No han encontrado ningún tipo de impedimento o de coto para su establecimiento.

En la Calle 37 hay plantadas unas 37 o 38 hectáreas de soja transgénica desde el año 2008, rotada con trigo, y previamente hubo cultivo de girasol. Está tan avanzadas la plantación de soja y las fumigaciones con mosquito en zona suburbana que hasta llegaron al ridículo de incorporar una calle municipal -como los señores Diputados saben, por el Código Rural una calle no debería ser cercada ni plantada- para la plantación de soja, que fue fumigada con mosquito y talada. Les entrego una foto de la Calle 37, fumigada, talada y plantada con soja.

Además, al otro lado de la calle de mi casa hay cultivo de soja. Desde el año 2008 estoy sufriendo unas doce o trece fumigaciones con mosquito por año. Mi casa tiene disposición urbana, y esto se está realizando frente a mi casa, a menos de diez o doce metros. He hecho todas las gestiones necesarias ante la DINAMA -hay expedientes- y otros vecinos han hecho las denuncias ante ese organismo. Concretamente, desde el año 2008 nos estamos moviendo -solicitamos audiencia con la Junta Departamental, pedimos que se incorporara la inquietud a Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente con relación al proyecto de Paysandú-, pero no ha pasado absolutamente nada; está todo encajonado, todo quieto, todo guardado, en la dulce espera. El problema es que las fumigaciones se suceden. En este momento, creo que estoy soportando la fumigación número cincuenta y uno o cincuenta y dos.

Por otro lado, esa no es la única situación de riesgo que tenemos. Los vecinos no tenemos agua de OSE. Tomamos agua de nuestros propios pozos, cuya profundidad oscila entre 12 y 18 metros. Todas las napas están relacionadas. Por ejemplo, si el vecino prende la bomba, disminuye el nivel de agua de mi pozo. Quiere decir que las napas de agua que está debajo de los tanques de agroquímicos, que son más de cincuenta -están emplazados en el suelo, sin habilitación alguna; son tanques de camiones, por lo que tienen un promedio de 10.000 litros cada uno-, están conectadas, y todos dependemos de ellas. Además, tenemos la proximidad del Arroyo San Francisco, que es un

ecosistema único, lo que no nos compete en relación directa a los problemas de salud pero se debe tener en cuenta que la distracción principal de las personas, a veces, es ir a pescar cualquier pez y llevarlo a su casa para comer. En dos o tres ocasiones se ha producido una mortandad importante de peces, ya sea por lavado de bidones de productos o por haber arrojado restos de producto. No creo que en Paysandú los peces se mueran de frío, como dice la Intendencia. Cuando se produce la mortandad masiva en un arroyo de Paysandú es porque, presumiblemente, alguien lavó bidones con producto en el arroyo. A ello debemos agregar la fumigación en la zona con mosquito, lo que significa respirar e inhalar este producto, que viaja hasta 800 metros.

Frente a este predio de soja, a menos de diez metros, estoy ubicada yo, con mis dos hijos menores. Me dirán que se arriesga la vida de tres personas, nada más, pero a pocos metros de este lugar hay dos personas que están siendo tratadas con quimioterapia. Creo que no habría que arriesgar eventos en forma adicional a los problemas de salud que la gente ya tiene.

Ahora, me voy a concentrar en mi situación personal. En el año 2008 comencé a evidenciar síntomas de trastornos neurológicos. Como corresponde a cualquier funcionario público común y corriente, mi primera apreciación fue que estaría cansada, agotada, y que por eso tenía esos trastornos. Hice las consultas pertinentes en la mutualista y me hicieron estudios de todo tipo, tamaño y color. Lo único que se encontró, concretamente, fue que en el sistema nervioso tenía niveles muy bajos de una sustancia neurotrasmisora, la serotonina. Probaron darme, en forma experimental, una sustancia que compensara esa atrofia, ese hipofuncionamiento -no sé cómo llamarlo-, la poca presencia de esa sustancia en mi sistema nervioso, y me dieron paroxetina -Blifedan o Paroxet- que es una sustancia sintética. No evidenciaba ningún cuadro depresivo, pero sí tenía trastornos cognoscitivos y del sistema nervioso. Desde 2008 hasta la fecha se me ha estado tratando con muchas vitaminas -es impresionante la cantidad que he estado tomando- y más o menos he logrado niveles de funcionamiento bastante aceptables. Pero no puedo suspender la medicación porque los síntomas vuelven. Eso evidencia que existe un deterioro en el sistema neurológico, pero no se conoce el motivo.

En julio de 2007 me surgió algo de manera bastante vertiginosa: una formación muy dura, de tipo quística, en la zona inferior de la garganta, del tamaño de un huevo de ganso. Todo sucedió en menos de una semana. Era muy doloroso y muy consistente. Me vio el doctor Daniel Suárez y una junta médica. El doctor Ricardo Diez, de COOMEPA, me realizó una punción de nódulo submaxilar derecho y el informe decía: "Se observa un citograma linfoide, con moderado número de inmunoblastos, escasos plasmocitos, algunos histocitos. En suma: adentis linfroide a controlar en la evolución y por las demás técnicas complementarias". Tengo aquí en mi poder una fotocopia de la historia clínica y la ecografía de la glándula salival submaxiliar derecha, que pueden comparar con la otra que también estaba afectada, pero no tanto. Ellos me dijeron que el canal excretor estaba infartado. La única conclusión a la que arribó la junta médica fue que yo había tenido contacto con alguna sustancia altamente alcalina. En ese momento yo no recordaba haber ingerido nada con esas características. Se pudo llegar a un diagnóstico -estoy siendo tratada, muy controlada y debo estar muy hidratada-, pero no se pudo determinar el origen de esa formación tan vertiginosa.

La historia no termina ahí. Desde 2010 a la fecha, a medida que pasa el tiempo, aparece una serie de síntomas adicionales. Empecé a observar y pude comprobar que estos síntomas aparecían con posterioridad a las fumigaciones. Entonces, presté atención a los síntomas y los comencé a asociar a la etapa del año en que se daban. Observé que cuando se realizaban las fumigaciones en el período estival -no sé qué

producto se utilizaba en enero y febrero- se me cerraba la zona del cuello, se me ponía absolutamente rígido y con contracciones el tronco de la lengua, experimentaba una asfixia muy fuerte en la zona de la garganta y se me disparaba el ritmo cardíaco de una manera extraña, tenía dolor en el pecho y problemas de respiración. Las fumigaciones que se realizaban a fines del otoño me producían temblores absolutamente involuntarios, sin ninguna relación con mi estado de ánimo. No tengo problemas con mis hijos ni con mi familia. En ese sentido soy un ser privilegiado. No tengo ningún problema emocional que me haga pensar que sea la causa de eso. Cuando fumigaban comenzaba con temblores muy extraños -parecía que tenía Parkinson-, tenía dormideras en el cuerpo y el ritmo cardíaco se detenía de manera repentina y sin ninguna razón. Eso también me sucedía cuando no estaba realizando ninguna actividad. A partir de ahí pude establecer patrones que me hicieron sospechar, por primera vez y después de varios años, que quizás todo esto estuviera relacionado a que yo estaba muy directamente expuesta a las fumigaciones.

Estoy siendo tratada por estos problemas y costeando análisis y medicación con mis propios medios. No sé qué consecuencias pueda traer esto a mis hijos. El señor que realiza estas fumigaciones ha sido sancionado por el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca, pero ha continuando fumigando, inclusive en horarios nocturnos para que no lo vean.

Teniendo en cuenta los síntomas que he experimentado, considero que sería prudente establecer distancias respecto a los centros poblados y las zonas suburbanas. Desde el Gobierno Nacional se debería garantizar a los habitantes de la República que esas distancias van a ser respetadas. Planteo esto porque no puede quedar librado al ordenamiento territorial de los gobiernos departamentales de turno. Si, como en el caso de Paysandú, el gobierno departamental es omiso a este tipo de responsabilidades, los ciudadanos quedan totalmente indefensos. A una de las denuncias que realicé, la DINAMA me contestó que el emplazamiento y la habilitación de los tanques es asunto del Gobierno Departamental. Y desde 2008 a la fecha el Gobierno Departamental no ha hecho nada. Entonces, hay cosas vinculadas a la salud de las personas que me parece que tienen que quedar en mano del Gobierno Nacional y del Poder Legislativo. No puede quedar en manos de una Comisión de medio ambiente a la que el Gobierno Departamental de turno le asigna un Director por clientelismo político.

La salud es un asunto grave y serio. El artículo 44 de la Constitución establece: "El Estado legislará en todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas, procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar su salud, así como el de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan sólo a los indigentes o carentes de recursos suficientes". En mi caso, que soy jefa de hogar, entiendo que debo velar por la salud de mis hijos.

Yo tengo dos hijos adolescentes de 14 y 16 años llamados Santiago e Ignacio. ¿Qué sucede si el día de mañana uno de ellos tienen un hijo con malformaciones debido al negocio de este señor, del que no voy a dar los antecedentes porque no corresponde a esta Comisión? ¿Quién va a darles las garantías de que ese hijo malformado pueda llevar adelante una vida más o menos plena? ¿Quién le garantiza que no va a tener un hijo con malformaciones? ¿Quién garantiza que mañana uno de mis hijos no se enfermará? Es un asunto serio.

Entiendo que en la salud no se debe arriesgar a nivel departamental ni nacional. Considero que hay que tener más precaución.

Voy a poner un ejemplo. Uno de los productos que se echaba en la soja -dicho por la persona que lo preparaba- era glifosato con amina. Es algo que aparentemente está permitido, pero el problema no es la sustancia, sino la distancia. La amina provoca que el glifosato tenga mayor capacidad de penetración y llegue hasta los mil doscientos metros. A veces, las mezclas -como en el caso de las aminas- provocan mayor volatilidad y hacen un mayor recorrido.

Solicito a esta Comisión que la consideración de los aspectos que tengan que ver con la salud humana no queden tan librados al ordenamiento territorial de los Gobiernos Departamentales. Es necesario que exista una legislación clara, que tenga en cuenta los productos que se utilizan. Y en caso de que se constate una irregularidad, como en este caso -que alguien no respete la distancia-, sería oportuno que se buscara el camino de la indemnización social, cosa que en este país no se ha contemplado. Hoy por hoy, el señor que causó este daño no está pagando ninguna indemnización a la sociedad. Entonces, en caso de constatarse un daño concreto, corresponde que la carga de la prueba corra por cuenta de quien lo ha causado. Personalmente estoy lidiando con este problema de la salud, y para probar que esta persona me causó un daño soy yo la que tengo la carga de la prueba. No es justo que además de haber ligado un problema de salud tenga a mi cargo el costo de la prueba.

SEÑOR PRESIDENTE.- Independientemente de que hemos tomado conocimiento del caso, y de que eventualmente realicemos algunos contactos, yo les aconsejaría que pidieran una audiencia a la Comisión de Vivienda, Territorio y Medio Ambiente de esta Cámara, a la que competen los asuntos de legislación ecológica y de protección del medio ambiente, porque me parece que puede estar más relacionada con la temática específica que se planteó en el día de hoy.

SEÑORA CÁRCAMO.- Comparto lo que acaba de decir el señor Presidente, pero generalmente los temas ambientales también atañan a la salud.

Finalmente, quisiera leer lo que solicitamos para que quede bien claro: "Ampliar la regulación en las distancias de las fumigaciones tanto terrestres como aéreas en las cercanías de las fuentes de agua. Prohibir las fumigaciones aéreas de agrotóxicos a una distancia inferior a 500 metros, y las terrestres a 300 metros del límite de las UPA, igual regulación que al momento rige para los centros poblados y escuelas rurales. Controlar el estado del agua por OSE; hacer una análisis de residuos agrotóxicos en forma periódica, tanto para el agua bruta como para el agua potable, así como lo hace para otras sustancias. Eliminación de sustancias altamente tóxicas para el agua como lo es el herbicida atrazina. Prohibir las fumigaciones aéreas en los días de viento".

Finalmente, hay una cuestión que probablemente aquí se sepa: al igual que en la Unión Europea, en Canelones las fumigaciones aéreas están prohibidas. Sería bueno que en Uruguay se empezara a plantear que las fumigaciones por aire no son las más convenientes.

Dejamos en poder de la Comisión los documentos donde figuran las regulaciones que ha sacado el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca.

Muchas gracias.

SEÑOR PRESIDENTE.- La Comisión de Salud Pública agradece la presencia de nuestros invitados.

(Se retiran los integrantes de la Red de Acción en Plaguicidas y sus Alternativas para América Latina, RAPAL)

—— Quisiera solicitar la reconsideración de la votación de la convocatoria al señor Ministro de Salud Pública y del pasaje de la versión taquigráfica de la sesión respectiva al Ministerio de Salud Pública y al CODICEN.

SEÑOR CHIESA BRUNO.- El tema surge por un planteo que realiza el señor Diputado García, dado el plazo que ellos manejaron, el 30 de junio, para el término del contrato en forma perentoria. Por eso hay apuro en conocer la situación.

Hemos visto versiones de prensa relativas a que autoridades del Ministerio de Salud Pública, concretamente el Director General de la Salud, han hecho declaraciones en el sentido de que todo estaría solucionado. Aunque la convocatoria se haga al Ministro, cualquier jerarca del Ministerio puede comparecer a este ámbito. El propio Ministro puede disponer que acuda el Director General de la Salud, porque, en definitiva, lo que queremos es una opinión concreta.

SEÑOR VEGA LLANES.- En general, tengo la mayor buena disposición para que se convoque a jerarcas para explicar, etcétera. Tengo mejor disposición si quienes lo plantean son integrantes de la Comisión. Tengo menos disposición si viene de afuera, cosa que nos ha pasado muchas veces. En realidad, he votado casi todas las convocatorias acá, pero me parece que una cosa es hacer esto o interesarnos. El tema me preocupa mucho, porque considero que se gasta mucho y mal en este asunto.

Creo que sí tenemos una deuda social, no solo con las próstatas, sino también con la salud bucal que, por diversas causas, no se ha desarrollado. En realidad, para la gente que no tiene dientes, es difícil encontrar un trabajo que no sea de los de más baja calificación. Tengo muchísimo interés en eso, pero no estoy seguro de que haya que llamar al señor Ministro para hablar de esto. Tal vez podríamos hablar, por ejemplo, con el Director Nacional de Salud.

Voy a acompañar la convocatoria en la medida en que esto no sea un mero movimiento publicitario. Entonces, preferiría hablar con el doctor Bermúdez. Igualmente, tenemos que dirigirnos al Ministro. De todas formas, a través de él, podemos citar a ASSE o al Director Nacional de Salud.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que tenemos que convocar al señor Ministro de Salud Pública y que él designe a quien entienda conveniente para concurrir a hablar de este tema.

Se va a votar la convocatoria a las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

(Se vota)

—— Cinco por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

(Ingresan a Sala delegados de UNTMRA por trabajadores de la empresa Yazaki en los departamentos de Colonia y de Canelones)

—— La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a una delegación de la Unión Nacional de Trabajadores Metalúrgicos y Ramas Afines por trabajadores de la empresa Yazaki en los departamentos de Colonia y de Canelones, integrada por los señores Walter Santos, Sebastián Martínez, Gastón Alfonsín y Rodrigo Tadei.

SEÑOR SANTOS.- Soy integrante de la Dirección Nacional del sindicato metalúrgico. El planteo que vamos a hacer es bien concreto.

Estamos pasando por algunas situaciones que para nosotros, como organización sindical, son un poco raras, fundamentalmente con la empresa Yazaki, en cuanto a las certificaciones del Banco de Previsión Social que deben emitir determinadas mutualistas en Canelones y en Colonia. Hemos traído un documento para dejar a la Comisión.

Cuando los trabajadores han ido a certificarse -ya sea por tendinitis o alguna otra dolencia- primero los médicos le preguntan dónde trabaja, qué hace y cuál es su número de legajo. Para nosotros, para diagnosticar una patología, no importa dónde trabajás, qué es lo que hacés ni el número de legajo que tenés en la empresa porque, en realidad, eso no les compete.

Lo que está pasando también es que les están negando el certificado del Banco de Previsión Social. Cuando dicen que trabajan en Yazaki, les niegan el certificado del Banco de Previsión Social. Sí les hacen uno que dice que concurrieron a la policlínica, pero no les hacen el certificado para el Banco de Previsión Social. Eso nos está trayendo conflictos laborales, porque la empresa sí o sí pide el certificado del Banco de Previsión Social. Como los médicos tratantes de las mutualistas no dan los certificados, los trabajadores después son pasibles de sanciones. Esto nos lleva a que, sistemáticamente, estemos yendo al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Inclusive, ya denunciamos la situación ante la Junta Nacional de Salud. Les enviamos una carta denunciando la situación con las mutualistas CRAMI, ORAMECO y CAAMEPA. Casualmente, esas mutualistas tienen convenios especiales con la empresa Yazaki. No sabemos de qué tipo son, porque todavía estamos planteando a la empresa que nos diga qué tipo de convenio especial es el que tiene con estas mutualistas.

Para nosotros esta es una situación rara. Estamos golpeando todas las puertas que podemos para ver cómo podemos encontrar una solución al tema o que se aclare por qué los médicos no dan el certificado del Banco de Previsión Social cuando sí lo tendrían que hacer. En realidad, el problema central de todo esto es que los trabajadores van acumulando suspensiones en sus legajos, producto de que no tienen el certificado del Banco de Previsión Social, y la existencia de estas sanciones lleva a que ese trabajador en seis meses esté despedido. De repente, son trabajadores que no llegan tarde, que no faltan pero, por ejemplo, tienen problemas de tendinitis. Yazaki es una empresa que tiene una intensidad de trabajo muy alta en cuanto a la mano de obra manual. Hacen el encintado de los arneses eléctricos de los autos. Entonces, las nueve horas y media de trabajo, el trabajador está haciendo lo mismo, los trescientos días al año que trabaja la empresa. Entonces, obviamente, esto nos lleva a que, ya sea en Colonia y en Las Piedras, tengamos un número muy importante de trabajadores en el seguro, producto de lesiones por tendinitis. Hay trabajadores que, obviamente, no quieren ir al seguro, porque ven disminuidos sus ingresos. Entonces, se certifican un par de días y, cuando se les desinflama el brazo, siguen trabajando. Entendemos que esta no debe ser la solución, que debe haber otra, pero como el médico no da el certificado del Banco de Previsión Social, nos pasa que cuando el trabajador va con el otro papelito, no el del Banco de Previsión Social, lo sancionan. Esas son algunas de las cuestiones que concretamente nos vienen pasando con la empresa.

SEÑOR VEGA LLANES.- En primer lugar, es importante que les pregunten en qué trabajan, porque la enfermedad profesional existe, aunque sí está claro que no necesitan saber el número de legajo; eso está claro.

En realidad, las tendinitis están reconocidas por el Banco de Seguros del Estado como una enfermedad profesional.

¿Ustedes creen que hay un acuerdo entre la empresa y esas mutualistas, por la cual no los certifican y los van haciendo acumular sanciones? ¿Ese es el planteo?

SEÑOR SANTOS.- Nosotros creemos que hay una irregularidad, porque solo nos pasa a nosotros. En Las Piedras, también están los trabajadores de la empresa Laja, que prácticamente están todos en CRAMI, y no tienen ese tipo de problema. Esto ocurre solamente con los trabajadores de Yazaki. Es algo que nos parece raro. Por lo menos, queremos saber qué es lo que pasa. Capaz que no ocurre nada, pero lo que sí nos extraña es que solamente suceda con los trabajadores de Yazaki, y en las dos plantas, en la de Colonia y en la de Las Piedras.

SEÑOR MARTÍNEZ.- Una cosa para agregar. Por ejemplo, cuando alguno de nuestros compañeros se atiende, los médicos le preguntan el número de legajo, en qué sector trabaja y cuál es el nombre de nuestro encargado del sector. Me parece que esas preguntas son un poco extrañas. Es más: te preguntan si el encargado es Fulano o Mengano; saben el nombre del encargado del sector en el que trabajamos. El sector en el que trabajamos nosotros tiene dos nombres, ATO y MAE. Entonces, te preguntan si trabajás en ATO o en MAE, y en qué línea. A nosotros nos resulta muy extraño, porque vamos a atendernos para que el médico nos dé su diagnóstico y el certificado del Banco de Previsión Social, pero nos encontramos con estas preguntas que nos resultan muy extrañas. Por eso, también dudamos de los convenios que tiene la empresa con estas mutualistas. Para dejar esto en claro, lo detallamos y les entregamos algunos de los certificados que la mutualista presenta, que no dicen "reposo" por 24 horas o por 48 horas.

La empresa no los avala y sanciona a los operarios, aumentando la cantidad de sanciones; muchos de ellos están al borde del despido. Tenemos compañeros que están con la última de las siete faltas permitidas, y están a punto de ser despedidos.

Queremos saber qué ayuda nos pueden brindar.

SEÑOR TADEI.- La gente no quiere ir al Banco de Seguros del Estado porque los tienen tres o cuatro meses sin pagarles el sueldo. Cuando están tres o cuatro meses con fisioterapia o con otro tipo de tratamiento, el salario no aparece. Siempre dicen que es un tema de papeleo.

Otra cosa que nos pareció rara fue que cuando Yazaki se instaló en Colonia tenía un médico fiscalizador, el doctor Martí. Este doctor está trabajando en la mutualista ORAMECO y es uno de los que no da certificado a nadie. Cuando sabe que el trabajador es de Yazaki no da certificados. Tenemos gente a la que se le ha diagnosticado gastroenterocolitis, a la que no se le ha dado el certificado. Si se los diagnostica, y ven que el trabajador tienen un problema, no entendemos cómo no le da un certificado.

SEÑOR PRESIDENTE.- Les agradecemos la presencia. Vamos a considerar el planteo y a determinar el trámite de la versión taquigráfica.

(Se retiran de Sala delegados de UNTMRA por trabajadores de la empresa Yazaki en los departamentos de Colonia y de Canelones)

(Ingresa a Sala una delegación de representantes de la Asociación de Glaucómacos del Uruguay)

—— La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto de recibir a una delegación de representantes de la Asociación de Glaucómacos del Uruguay, integrada

por la señora Cecilia Poloni y los señores Williman Umpiérrez y Alfonso Soler, a quienes les cedemos el uso de la palabra.

SEÑORA POLONI.- Como esto es algo muy puntual, vamos a dejar un documento con todos los materiales que anexamos, al que voy a dar lectura. Dice así: "Señores Miembros de la Comisión de Salud de la Cámara de Representantes del Uruguay. De nuestra mayor consideración: PRESENTACIÓN.- Los aquí presentes somos miembros directivos de la Asociación de Glaucómacos del Uruguay, entidad sin fines de lucro creada en agosto de 1998, con estatutos y personería jurídica, aprobados por el Ministerio de Educación y Cultura. Su sede se encuentra en la calle Colonia 1536 de esta ciudad de Montevideo. Esta Asociación ha estado abocada desde sus inicios a la difusión de información sobre el GLAUCOMA conjuntamente con una permanente campaña de prevención, así como de apoyo a sus asociados. A los efectos puramente informativos y sin ánimo de ahondar en conocimientos que descontamos, les informamos que de acuerdo a dos encuestas realizadas por la empresa Equipos Mori especialmente para nosotros, el 55% de los uruguayos menores de 35 años nunca hizo una consulta al oftalmólogo".

Aquí quiero hacer una aclaración. El estudio oftalmológico que se hace, por ejemplo, para otorgar una licencia de conducir, no incluye la toma de presión intraocular, que es algo que tiene mucho que ver con la enfermedad que nosotros padecemos. El 55% de los uruguayos no ha hecho consultas al oftalmólogo con estudios completos de visión y de presión.

Continúo: "El 92% no sabe qué es el glaucoma y el 2% lo padece y tienen en su mayoría algún deterioro en su campo visual; llegando al 15% de los no videntes del mundo, debido a un diagnóstico tardío. Todos ellos necesitan constantes controles médicos, estudios de campimetría, toma de presión intraocular, así como fármacos diarios, usualmente más de uno, y de por vida. A mayor abundamiento, digamos que por las características de la enfermedad la gran mayoría de los glaucómacos son personas mayores de 60 años, jubilados y de escasos recursos económicos. SOLICITUD. La Ley Nº 18.651, promulgada el 09/02/2010, atiende a la protección de todas las personas con discapacidad permanente en todos los órdenes de su vida, laboral, social, sanitaria, recreativa, etc. Basados en la finalidad de dicha ley, es que solicitamos se legisle, decrete y/o se reglamente, como esta Comisión de Salud lo entienda mejor, para obtener lo antes posible los beneficios que a continuación solicitamos: 1.- Que se reconozca al GLAUCOMA como enfermedad permanente o crónica (tal como se ha hecho con otras patologías: diabetes e hipertensión arterial). 2.- Que tanto en la esfera pública como en las mutualistas se expidan las órdenes de consulta a los glaucómacos para un plazo no mayor a las 48 horas (el glaucoma no espera para comenzar el deterioro de la visión). 3.- Que dichas órdenes no tengan costo o uno mucho más bajo que el actual. 4.- Que las recetas para medicamentos glaucomatosos se puedan expedir por más de una unidad y a costo nulo o menor que en la actualidad. 5.- Que las órdenes para perimetrías y trabeculoplastias se expidan también para plazos de 24 o 48 horas y a costo nulo o más bajo que el actual. 6.- Que la toma de la presión intraocular sea posible oportunamente y en forma gratuita, como lo es la toma de la presión arterial. 7.- Cualquier otro beneficio que la experiencia de esta Comisión de Salud pueda aportar y que nuestro desconocimiento legislativo no ha sabido solicitar.

Quedamos a las órdenes para cualquier consulta, agregado o información, saludamos a todos los miembros de esa Comisión de Salud con nuestra más alta consideración".

Adjuntado a esta carpeta hay una nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud, especialmente haciendo referencia a la discapacidad visual, refrendando los porcentajes que les nombrábamos y, además, reconociendo al glaucoma como una enfermedad crónica visual, al igual que la retinopatía diabética y la degeneración macular. También les aportamos una copia de nuestros estatutos con la personería jurídica bien aclarada y folletos que, durante el transcurso de estos años, hemos impreso para divulgar el tema del glaucoma. Se trata de un folleto pequeño, de divulgación general, y uno más completo que hemos hecho llegar a todos los glaucómacos que tenemos asociados y a todos los oftalmólogos para que lo hicieran llegar a sus pacientes, porque insistimos en que la prevención es la herramienta fundamental. Si es detectado un pico de presión y la persona es medicada no tiene por qué ver dañado su campo visual; lamentablemente todos quienes lo padecemos lo tenemos.

SEÑOR VEGA LLANES.- ¿Hay alguna posibilidad de que con un método sencillo al alcance de los técnicos ópticos o de los que expiden la licencia médica que se pueda tomar la presión intraocular sin ese aparato tan sofisticado que tienen los oftalmólogos?

SEÑOR SOLER.- Hay distintos tipos de tonómetros. La presión intraocular se toma con tonómetros. El señor Williman Umpiérrez es experto y seguramente si le hacen más preguntas las responderá. Pero yo puedo decir que hay tonómetros de aire que son más sencillos -no son fijos, son portátiles- a través de los cuales se puede tomar la presión simplemente con un soplo de aire sobre la córnea. La máquina -que es una especie de auricular de teléfono con un control remoto- sopla el aire y según la respuesta que tiene deja marcada la presión intraocular en milímetros de mercurio que tenemos todos. Ustedes tendrán diez o doce; nosotros tenemos veinte o veinticinco.

SEÑOR VEGA LLANES.- ¿Cuál es el costo?

SEÑOR SOLER.- El costo es un gran problema. Los nuevos rondan los US$ 6.000 y US$ 7.000. Nosotros estamos detrás de eso pero nuestra Asociación es muy modesta; apenas cobran $50 de cuota mensual y mucho más de la mitad de sus socios no pueden pagarla, porque, como se dijo, son personas mayores, todas jubiladas, algunos de ellos con jubilaciones bastante mínimas o topeadas. Entonces, pagar $50 es mucho para algunos. Y nosotros no tenemos otras entradas. No hemos pedido ayuda económica a ningún organismo del Estado ni estamos pidiéndosela a ustedes en este momento. Simplemente estamos pidiendo la legislación, que ustedes entiendan se deba hacer para que se reconozca la cronicidad y podamos acogernos a los beneficios de la Ley Nº 18.651 -si no me equivoco-, que implica reducciones importantes en los tiques de medicamentos, porque son muy caros, y si los da la sociedad lo hace en forma bastante limitada y excluyente de lo mejorcito. Entonces, a los socios de la Asociación se nos hace difícil, solamente con la cuota social, comprar equipos que quisiéramos tener como, por ejemplo, el tonómetro.

SEÑOR PRESIDENTE.- Mi opinión es bastante contraria a la de legislar por patología, porque definir por ley cuáles son las enfermedades crónicas nos puede meter en el absurdo de que mañana otra mayoría parlamentaria la derogue y la enfermedad deja de serlo.

SEÑOR SOLER.- La Ley Nº 18.651 cubre a todas las discapacidades. Después se dictó un decreto -no sé exactamente cómo fue- que hizo que los diabéticos y los hipertensos tuvieran estos beneficios que estamos pidiendo. No sabemos cuál es mecanismo por lo que dejamos esto en manos de ustedes.

SEÑOR PRESIDENTE.- En realidad, sí existen antecedentes de que estas cosas han pasado. En el caso de los diabéticos es claro. Pero, además, en estos momentos, esta Comisión se encuentra abocada a discutir un proyecto que tiende no solo a regular las técnicas de reproducción asistida sino que pretende determinar por ley algunas patologías, como la esterilidad o infertilidad de las parejas.

Pero me parece que hay cosas que se pueden resolver sin ley. La mayoría de estas cosas se podrían resolver sin ley, solo que haría falta que todos pusiéramos nuestro granito de arena. En realidad, con simples disposiciones ministeriales se podría contribuir. Me parece que una comunicación al Ministerio puede jugar a favor ya que sabe más que nadie qué condiciones, en términos de costo- beneficio, tienen estas cosas para favorecer.

Les agradecemos la visita.

(Se retiran de Sala los representantes de la Asociación de Glaucómacos del Uruguay)

—— Propongo que la versión taquigráfica de la delegación del UNTMRA pase al Banco de Previsión Social, a la Dirección General del Trabajo y a la Dirección Nacional de Salud.

Se va a votar.

(Se vota)

—— Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

En cuanto al planteamiento hecho por la Asociación de Glaucómacos del Uruguay, sugiero enviar la versión taquigráfica de sus dichos al Ministerio de Salud Pública y, a su vez, incorporarlo a la convocatoria al señor Ministro o a quien él designe.

Se va a votar.

(Se vota)

—— Cuatro por la afirmativa: AFIRMATIVA. Unanimidad.

No habiendo más asuntos a considerar, se levanta la reunión.

≠